|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療業務従事証明書  年　　月　　日    所　　在　　地  〇〇市△△町１－１  医療機関の名称  署名が難しい場合は押印願います。  　　　〇〇市民病院  　　　　　　　管　　理　　者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〇〇　〇〇  　下記の者は、当医療機関において診療業務に従事していたことを証明します。  記 | | |
| 住所 | 〇〇市□□町２－２ | |
| 氏名 | 愛知　太郎 | |
| 生年月日 | 平成〇年〇月〇日 | |
| 診療科及び勤務期間 | 診療科 | 〇〇科 |
| 勤務期間 | 令和〇年〇月〇日～令和□年□月□日  （　　△年　　△箇月） |
| 勤務期間中に休職期間があったときはその期間及びその理由 | 休職期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日  （　　　　　　　箇月） |
| 休職の理由 |  |

様式第10（第９条、第11条関係）

記入例

　備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。